

Si usted tiene Medicare, Medicaid de Louisiana puede ayudarle a pagar parte de sus gastos médicos, incluyendo su mensualidad Medicare y algunos gastos médicos ocasionales.

¿Cómo califico para esta ayuda?

① Usted debe tener Seguro de Hospital Medicare (Parte A). Si usted no está seguro que lo tiene, mire su tarjeta Medicare o llame al Seguro Social al 1+800+772-1213.

Y

② Su ingreso debe ser menor que las cantidades en este cuadro.

Si su ingreso mensual * antes de las deducciones es menor que:	Usted puede calificar para este programa:	Este programa pagará:
\$776 Individual O \$1041 por pareja	Beneficiario Medicare Calificado (QMB)	Su mensualidad Medicare, deducibles, y porción de su seguro
\$931 Individual O \$1249 por pareja	Beneficiario Medicare con específico bajo ingreso (SLMB)	Su mensualidad Medicare Parte B
\$1048 Individual O \$1406 por pareja	Individual Calificado (QI-1)**	Su mensualidad Medicare Parte B

* estas cantidades aumentarán en Abril, 2005.

** Hasta 9/30/04 solamente. Para continuar en el Programa se necesita aprobación federal.

Y

③ Sus recursos (cosas que le pertenecen) deben ser menos de \$4,000 individual o \$6,000 por pareja.

Recursos son cosas como:

- ❖ carros, camiones, botes y otros vehículos;
- ❖ toda propiedad, incluyendo casas y herencias o propiedad testamentaria;
- ❖ todo tipo de cuentas bancarias, acciones, bonos u otros efectivos;
- ❖ seguro de vida o entierro, y
- ❖ cualquier otra cosa de valor.

Algunas cosas no se cuentan (como la casa donde vive, un carro, lotes para entierro, muebles y algunos seguros de vida)

Es Fácil Aplicar

- ① Llene la solicitud adjunta.
- ② Obtenga la información que necesitamos.
- ③ Envíenos la solicitud y la información lo más pronto posible.

¿Qué información deberá darnos?

Por CADA UNO que necesita ayuda con los gastos Medicare, necesitaremos



- ❖ Número de Seguro Social de cada solicitante
- ❖ Tarjeta de residencia o documentos de inmigración de cada solicitante
- ❖ Comprobante del ingreso familiar total del último mes
- ❖ Tarjetas Medicare o de otros seguros de salud

Cuando envíe su solicitud, adjunte todas las COPIAS que pueda de los documentos solicitados.

NO espere para enviar esta solicitud. Después que la recibamos, podemos darle más tiempo para que nos envíe los comprobantes solicitados.



AYUDENOS a distribuir esta información – cuénteles a alguien que usted conoce sobre este programa, o si usted no necesita esta solicitud, dásela a alguien que la necesite.



¿Qué hago después?

Después que ha llenado su solicitud, despréndala y llévela o envíela por correo a la oficina local Medicaid o al Centro de Aplicación.

¿Qué pasará con mi solicitud?

Después que recibamos su solicitud, se tomara una decisión a más tardar dentro de los siguientes 45 días (hay algunas excepciones)

¿A dónde llamo si necesito ayuda?

Si necesita ayuda para llenar su solicitud, por favor llame a la oficina local Medicaid. También puede llamar al 1+888+544-7996 si tiene preguntas o necesita más información sobre éste u otro programa Medicaid. Si usted tiene dificultad para oír, llame al número TTY 1+800+220-5404.

¿Qué hago si necesito cobertura regular Medicaid?

La información que nos da en esta solicitud SÓLO se usará para decidir si usted califica para ayudarlo con sus gastos Medicare. Si quiere solicitar otra cobertura Medicaid, conteste la pregunta 12 en este formulario.

¿Cuáles son mis derechos?

Si usted cree que nuestra decisión es injusta, incorrecta o tardada, puede solicitar una apelación así:

- ❖ llamar o escribir a la oficina local Medicaid, Y/O
- ❖ escribir directamente a:
LA DHH Bureau of Appeals
P. O. Box 4183
Baton Rouge, LA 70821-4183

El programa Medicaid de Louisiana es un programa de igualdad de oportunidades. No podemos tratarlo diferente por razones de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si usted cree que los hemos hecho:

- ❖ llame a la oficina Regional de los Derechos Civiles en Dallas, TX al 1-800+368-1019,
- ❖ llame o escriba a su oficina local Medicaid Y/O
- ❖ escriba directamente a:
LA Department of Health & Hospitals
P. O. Box 1349
Baton Rouge, LA 70821-1349

Este documento público fue publicado a un costo total de \$3,086.55. Diez mil (10,000) copias fueron publicadas en esta segunda impresión, a un costo de \$3,086.55. El costo total de todas las impresiones de este documento incluyendo reimpressiones, es de \$17,030.68. Este documento fue publicado por: Division of Administration, Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70803-8201 para anunciar a los solicitantes, receptores y a toda persona en general, de la cobertura para ayuda con los gastos Medicare, disponible a través del programa Medicaid, como lo requiere el Acuerdo 42 CFR 435.905 (a)(1). Este material fue impreso de acuerdo a las normas de impresión para las agencias estatales establecidas en el Estatuto R.S. 43:31. La impresión de este material fue hecho de acuerdo a las provisiones del Título 43 de los Estatutos Revisados de Louisiana.

Solicitud para Medicaid de Louisiana

Programa de Ayuda con los Gastos Medicare



Obtenga ayuda con las
Mensualidades y la Porción
de su Seguro Medicare

1+888+544-7996